CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ÉRUPTIONS BRIGHTIQUES

PAR

Paul CHARTIER

Docteur en médecine de la Faculté de Paris



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1889

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ÉRUPTIONS BRIGHTIQUES

AVANT-PROPOS. — DIVISION DU SUJET

Cette année, dans le service de notre excellent maître, M. le Dr Barth, nous avons eu l'occasion d'observer, chez un brightique, une éruption cutanée particulièrement intéressante, en raison de ses caractères cliniques, de son mode de début, de sa marche, et surtout des considérations auxquelles peuvent donner lieu les causes qui l'ont provoquée. Les dermatoses qui sont produites par les altérations pathologiques du rein nous ont paru n'avoir été l'objet, jusqu'à ce jour, que de travaux peu nombreux, et l'attention des pathologistes a peut-être été insuffisamment attirée sur elles. Nous avons donc cru bien faire en apportant notre modeste appoint à la question, et en choisissant les éruptions brightiques pour sujet de notre thèse inaugurale.

La division de notre travail est toute simple.

Dans un premier chapitre, nous avons à faire un aperçu historique où nous indiquerons brièvement tout ce qui a été produit sur le sujet qui nous occupe, depuis les courtes citations des auteurs classiques des traités des maladies des reins jusqu'aux mémoires importants qui ont paru en ces dernières années. Nous étudierons ensuite séparément les diverses dermatoses signalées au cours des néphrites ou en concomitance avec les accidents urémiques, et nous discuterons leur pathogénie. Un troisième chapitre sera réservé à l'étude des éruptions érythémateuses et de celles qu'on a classées sous l'épithète générale de roséole brightique. Ces dernières manifestations cutanées, dont pour notre compte nous publions deux observations inédites, ont suscité, il y a quelques années, des recherches très intéressantes, et de fait, elles semblent, plus que toutes les autres, se rattacher légitimement à l'insuffisance urinaire. Il est donc logique de les étudier d'une façon spéciale. Enfin dans un dernier chapitre, nous passerons en revue les considérations auxquelles donne lieu la physiologie pathologique de ces diverses éruptions cutanées, et nous terminerons en indiquant les éléments du diagnostic et la valeur pronostique qu'elles peuvent présenter.

Nous sommes heureux de profiter de l'occasion qui nous est offerte pour remercier notre maître, M. le Dr Barth, médecin de l'hôpital Broussais, d'avoir bien voulu nous autoriser à publier les observations qui ont été recueillies dans son service. Merci également à M. Lautier, son interne, qui a eu l'obligeance de se mettre entièrement à notre disposition pour nous communiquer

tous les renseignements dont nous avons pu avoir besoin.

M. le Dr Hamonic nous a fourni une intéressante observation d'éruption érythémateuse survenue dans le cours d'un mal de Bright. Nous lui en sommes vivement reconnaissant.

Que M. le professeur Laboulbène, qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, reçoive, avec nos remerciements, l'hommage de notre profonde gratitude.

CHAPITRE PREMIER

Aperçu historique.

Les analogies de structure et surtout de fonctions que présentent le rein et la peau sont connues depuis longtemps, et il est facile de prévoir que ces relations devaient également exister à l'état pathologique. Pour les mettre en évidence, la méthode expérimentale fut la première employée ; les expériences mémorables de Fourcault, dans lesquelles on voit des animaux devenir albuminuriques lorsque leur tégument externe est recouvert d'un enduit imperméable, firent admettre par tout le monde la notion de l'albuminurie consécutive aux troubles de la fonction cutanée. Mais l'influence réciproque des lésions rénales demeure pendant de longues années dans une obscurité presque complète, et il n'a fallu rien moins que les théories nouvelles et les travaux récents qui ont paru sur l'urémie pour qu'on cesse de négliger et de méconnaître les éruptions diverses que présentent parfois les malades atteints de néphrite.

Les principaux auteurs de traités sur les maladies de la peau signalent à peine les affections rénales dans l'étiologie des dermatoses. Kaposi, Duhring, Hillairet

et Gaucher admettent simplement que le prurit et l'urticaire peuvent être symptomatiques du mal de Bright. Tilbury Fox déclare incidemment que l'acné lui a semblé parfois être sous la dépendance des altérations rénales qui s'opposent à l'élimination parfaite des résidus organiques. Hebra et Devergie ne disent rien sur ce sujet.

Dans les ouvrages classiques qui traitent des maladies des reins, on constate la même absence de notions précises et détaillées sur les manifestations cutanées imputables aux néphrites. Rayer s'exprime ainsi dans son Traité (t. I, p. 614) : « Quant aux maladies de la peau, considérées en elles-mêmes, comme cause ou comme symptômes des néphrites, je n'ai rien à dire de positif à cet égard. Lorry (De morbis cutaneis) assure qu'on voit parfois des éruptions prurigineuses chez les individus atteints de néphrite, mais quoique mon attention se soit spécialement dirigée depuis plusieurs années sur les maladies de peau et des reins, je n'ai rencontré que quelques cas d'urticaire qui fortifiassent cette assertion.» Dans un autre volume de son ouvrage, Rayer publie cependant deux observations où les éruptions cutanées coïncident avec la néphrite albumineuse.

Gubler, dans son article Albuminurie du *Dictionnaire encyclopédique*, signale les altérations rénales consécutives aux dermatoses étendues, mais il néglige de s'occuper de la relation inverse des affections cutanées qui surviennent au cours des néphrites. Le prurit est cité par Lancereaux (Art. Rein du *Dict. encyclop.*), par Rosenstein, par Labadie-Lagrave, par Bartels, qui dépeint en termes énergiques les souffrances qu'il

occasionne parfois chez les brightiques. Lecorché, dans son traité des maladies des reins, signale simplement les lymphangites et les érysipèles auxquels sont exposés les malades atteints d'anasarque consécutif aux néphrites.

C'est seulement en 1870 que les éruptions cutanées d'origine rénale commencent à être l'objet de travaux importants. Un auteur hollandais, Huet, publia à cette époque un mémoire sur l'érythème papuleux urémique, dont il avait observé 27 cas, et, le premier, il établit nettement le rapport de causalité entre cette éruption et l'insuffisance urinaire. Malheureusement son travail, paru dans un journal hollandais, n'eut à ce moment aucun retentissement et demeura presque complètement ignoré. En 1883, le même auteur publia de nouveaux cas d'érythème urémique et confirma sa première description. En 1881, un médecin danois, Bruzélius (1) fit paraître de semblables observations, qui passèrent également inaperçues.

C'est seulement à partir de 1879 et de 1880 qu'on commença en France à s'occuper de la question. La thèse de M. Collin (2) relata deux observations, prises dans le service du Professeur Vulpian. En 1880, M. Quinquaud publia dans la *Tribune médicale* une courte note qui mérite de prendre place dans l'historique de notre sujet. « Dans le cours des néphrites, écrit-il, même au moment de l'intoxication urémique, on voit survenir du lichen

(1) On erythema uræmicum. *Nordiskt medicinskt. Archiv.* XIII 1881.

(2) Collin. *Recherches sur les manifestations cutanées du mal de Bright.* Thèse de Paris, 1879.

aigu, des éruptions papulo-vésiculeuses, des eczémas, des taches érythémateuses sur l'abdomen et sur les membres. Tantôt des taches sont légèrement desquamatives, ressemblant à du pytiriasis ou a du psoriasis pytiriasiforme; tantôt les taches sont si nombreuses qu'elles arrivent à simuler une roséole. On voit également survenir des furoncles et des anthrax dont l'origine rénale ne semble guère douteuse. » Pour M. Quinquaud, ces éruptions seraient dues à l'adultération du sang par divers produits de désassimilation et à l'irritation qui en résulte pour les éléments du derme.

En 1880, un élève de M. Quinquaud, M. Duval (1) choisit pour sujet de thèse les éruptions rénales. Il développa les idées de son maître et ajouta quelques observations, dont plusieurs sont intéressantes. La thèse de M. Merklen sur l'anurie (1881) apporta aussi quelques éléments à la question. « Notre attention, écrit-il, a été appelée dans deux cas sur une éruption particulière que présentaient des malades atteints de néphrite avec anurie. Il s'agit d'une sorte de roséole, d'éruption de macules érythémateuses, siégeant sur le thorax et l'abdomen, dont la coïncidence avec la suppression d'urine nous a paru nette chez nos deux malades. »

Quelques thèses sur la forme rénale de la fièvre typhoïde ont relaté également l'existence d'éruptions dont le point de départ semblait être le rein. En 1882, M. le professeur Dieulafoy (2) insista sur les déman-

(1) DUVAL. *Des éruptions rénales*. Thèse de Paris, 1880.

(2) DIEULAFOY. Étude sur quelques troubles observés dans le mal de Bright. *Soc. méd. des hôp.* et *Union méd.*, 1882.

geaisons que présentent les malades dans la néphrite interstitielle et indiqua le parti qu'on en pouvait tirer pour dépister un mal de Bright latent. Un de ses élèves, M. A. Mathieu, fit sa thèse sur le même sujet.

En 1885, M. G. Thibierge, dans un mémoire très important intitulé « Dermatoses et Albuminurie » et publié dans les *Annales de dermatologie et de syphiliographie*, a repris la question des éruptions rénales d'une façon complète, et notre travail lui fera de nombreux emprunts. Enfin, en 1887 a paru une thèse également intéressante, celle de M. Persy (1). L'auteur de ce travail, où sont consignées presque toutes les observations d'éruptions cutanées d'origine brightique ou urémique, signale une variéte non encore décrite, le pemphigus, qui surviendrait dans les grandes crises encéphalopathiques de l'urémie, et qui mériterait de rentrer, en raison de ses caractères cliniques, dans la classe des pemphigus nerveux.

(1) Persy. *Etude sur les manifestations cutanées de l'urémie.* Th. de Paris, 1887.

CHAPITRE II

Étude clinique des diverses dermatoses observées dans le cours du mal de Bright.

Si l'on consulte les observations publiées jusqu'à ce jour, les formes d'éruptions cutanées consécutives aux altérations du rein sont relativement assez peu nombreuses. On ne doit, en effet, admettre comme exemples de dermatoses relevant du mal de Bright ou de l'intoxication urémique, que des faits bien observés, ne laissant prise à aucune autre explication pathogénique et survenus postérieurement au début des accidents rénaux. Il est cependant possible qu'au fur et à mesure que les travaux se multiplieront sur la question, les variétés d'éruptions cutanées d'origine brightique augmenteront, elles aussi. Pour le moment, nous étudierons seulement les diverses dermatoses qui ont été le plus fréquemment observées, et qui, pour certaines d'entre elles, ont été l'objet de recherches importantes.

Successivement, nous allons passer en revue l'urticaire, le prurit, le purpura, les éruptions pustuleuses, l'eczéma et les autres manifestations cutanées qu'on a parfois l'occasion d'observer dans le cours des néphrites chro-

niques. Un chapitre spécial sera consacré à l'étude des érythèmes urémiques, signalés pour la première fois depuis moins de vingt ans, mais qui paraissent le plus légitimement relever du mal de Bright.

Urticaire.

L'urticaire est un phénomène qu'on voit se produire assez communément dans beaucoup d'empoisonnements, comme par exemple ceux qui sont imputables à l'ingestion de certains comestibles ou de quelques crustacés. Il paraît donc rationnel d'admettre que l'empoisonnement urémique peut tout aussi bien lui donner naissance que n'importe quelle autre espèce d'intoxication. Cependant, malgré quelques exemples assez probants, on peut considérer l'urticaire comme une manifestation cutanée peu fréquente dans le cours des néphrites, et le professeur Hardy (1), qui a observé les démangeaisons survenant chez les brightiques, ne les a jamais vues s'accompagner d'éruptions ortiées. Les principaux auteurs de traités de maladies de peau, tels que Kaposi, Durhing, Hillairet et Gaucher, admettent que l'albuminurie peut être rangée parmi les causes de l'urticaire.

Dans une observation de néphrite aiguë consignée dans la thèse de M. Duval, l'urticaire existait en même temps qu'une roséole. M. Merklen, d'après une communication de M. Landrieux, admet l'existence des éruptions ortiées dans l'anurie qui survient lorsque l'uretère est envahi ou comprimé par le cancer du col utérin. A ce propos,

(1) Art. Urticaire. *Dict. Jaccoud*, t. 37.

comme le fait remarquer M. Thibierge, on peut se demander si cette lésion ne rend pas compte de l'urticaire que plusieurs auteurs (1) ont eu l'occasion d'observer dans le cours du cancer de l'utérus.

Quoi qu'il en soit, l'urticaire est un phénomène qu'on a peu souvent l'occasion de constater chez les brightiques, sans cause connue. Il est surtout rare de le voir survenir chez les vieillards atteints de néphrite interstitielle, au contraire du prurit que nous allons maintenant étudier.

Prurit.

Le prurit simple, sans papules, est, parmi les phénomènes cutanés que présentent les malades atteints du mal de Bright, le plus généralement admis par les observateurs. Il est, en effet, assez fréquent de le constater, car ce n'est pas seulement à la période ultime des affections rénales que survient cette complication, c'est encore et plus souvent peut-être à une période peu avancée de leur évolution. Lorry (*De morbis cutaneis*), Civiale (*Traité des maladies des organes génito-urinaires*), Rosenstein, Lancereaux, Labadie-Lagrave (art. du Dict.) disent souvent l'avoir constaté. Bartels (Maladies des reins) décrit en termes énergiques les souffrances qu'il provoque. « Son intensité parfois excessive constitue « une véritable torture pour les malades, dont il empêche « complètement le sommeil pendant des mois entiers, et « qu'il force encore à se gratter alors qu'ils ont déjà « perdu à moitié le sentiment. »

(1) CLARKE. *Observations on the diseases of the females*. Londres, 1814.

On doit à M. le professeur Dieulafoy (1) une excellente étude sur le prurit des brightiques et sur la valeur diagnostique qu'il peut présenter. L'époque à laquelle les démangeaisons apparaissent est très importante à noter. En effet, elles sont loin d'appartenir exclusivement à la phase urémique du mal de Bright ; au contraire, on les voit survenir à toutes les périodes, plus souvent peut-être au début de la maladie. Dans ce cas, le prurit peut constituer un véritable signe révélateur, qui mettra sur la voie du diagnostic, même avant l'apparition des œdèmes et de l'albuminurie. M. Thibierge fait remarquer avec raison que le prurit dit sénile est fort probablement appelé à disparaître du cadre nosologique, car dans les cas où il n'est pas imputable à la phthiriase, il paraît relever des lésions interstitielles du rein, si fréquentes chez les vieillards.

Le prurit s'observe le plus souvent chez la femme. Sur quatorze observations consignées dans la thèse de M. A. Mathieu (2), neuf concernent des cas où il est survenu chez la femme ; il existerait à des degrés divers chez un tiers des malades atteints de néphrite chronique, et principalement dans la forme interstitielle.

M. le professeur Dieulafoy distingue plusieurs variétés de prurit au point de vue clinique.

Dans une première variété, de beaucoup la plus fré-

(1) Dieulafoy. Étude sur quelques troubles observés dans le mal de Bright. *Soc. méd. des hôp.*, 12 mai 1882 et *Union médicale*, 1882.

(2) A. Mathieu. *Étude sur les démangeaisons considérées comme symptôme du mal de Bright.* Thèse de doct. Paris, 1882.

quente, les démangeaisons ne diffèrent pas du prurit vulgaire. Elles sont plus ou moins vives, et elles ont parfois une telle intensité que les malades se grattent jusqu'au sang. Elles durent tantôt quelques minutes seulement, tantôt des heures entières, et surviennent généralement au moment du coucher ou le matin, au réveil. On les voit quelquefois cesser au bout de quelques jours ou de quelques semaines seulement ; dans d'autres cas, elles persistent pendant des mois et reparaissent après avoir disparu pendant un certain temps.

Tous les points de la surface cutanée peuvent être le siège de ces démangeaisons, mais elles sont rarement généralisées ; parfois même elles restent constamment localisées. Elles affectent d'ordinaire les membres inférieurs et surtout les jambes et les mollets, puis l'épaule, le cou, le bras, le creux de la main, la plante des pieds, la région lombaire et les organes génitaux externes.

Une malade dont M. Dieulafoy rapporte l'histoire, avait de telles démangeaisons, que, sans souci des convenances, elle se détournait et se grattait les jambes, malgré les observations qu'on lui faisait dans sa famille.

Dans une deuxième variété, la démangeaison n'a plus ce caractère intense, mais elle provoque une sensation bizarre de chatouillement en divers points du corps, comme s'il y était tombé un cheveu. Le malade agacé enlève ses vêtements pour trouver le corps étranger interposé entre son linge et sa peau.

Enfin, dans une troisième variété, le prurit est constitué par un fourmillement, à tel point que les malades croient être tourmentés par des parasites. Une dame,

rapporte M. Dieulafoy, remplaça ses bas à jour par des bas plus épais, pour empêcher les fourmis d'y pénétrer. Une autre se garnissait les jambes avec de l'ouate.

On a peu souvent l'occasion d'observer le prurigo vrai, à papules nombreuses. Ordinairement, il n'y a pas d'éruption et c'est à peine si l'on trouve quelques papules isolées, saillantes, écorchées et saignantes à leur sommet.

Purpura.

On connaît la fréquence très grande des hémorrhagies chez les brightiques ; il n'est donc pas étonnant qu'on ait parfois l'occasion de voir survenir chez eux du purpura, qui, dans ce cas, n'est qu'une localisation spéciale du processus hémorrhagique. Le plus souvent, il accompagne les accidents urémiques et se déclare en même temps que d'autres hémorrhagies, en particulier les épistaxis ; il siège surtout aux membres inférieurs, même quand il n'existe aucune trace d'œdème. Rarement il se produit des ecchymoses étendues ; le plus souvent on voit se développer des pétéchies nombreuses et très petites.

On a noté le purpura dans presque toutes les variétés de néphrites, dans celles qui sont consécutives à l'état puerpéral (1), à la dothiénenterie (2), à la scarlatine (3). Pollegrino Levi (4) l'a vu survenir dans un cas de néphrite

(1) Imbert-Gourbeyre. *De l'albuminurie puerpérale et de ses rapports avec l'éclampsie.* Paris, 1856.

(2) Millard. (*Soc. méd. des hôp.*,1876). Amat (De la fièvre typhoïde à forme rénale). Th. Paris, 1878.

(3) Avrard. *Gaz. méd. de Paris,* 1853.

(4) P. Levi. *Étude sur quelques hémorrhagies liées à la néphrite albumineuse et à l'urémie.* Th. Paris, 1864.

chronique parenchymateuse, peut-être *a frigore*. Civiale (1), s'il faut s'en rapporter aux faits qu'il décrit, l'aurait observé même dans les néphrites chirurgicales.

A quoi est dû le purpura dans les néphrites? Chez les brightiques, la crase sanguine est certainement très modifiée, et, sous des influences encore mal connues, le sang tend à sortir de ses voies naturelles. En tout cas, le purpura n'est souvent que le compagnon ou le précurseur des accidents urémiques ; aussi son pronostic est-il très sérieux. M. Alb. Mathieu (2) le considère comme un présage presque fatal.

Éruptions pustuleuses. — Ecthyma.

De même que les diabétiques, les albuminuriques, surtout ceux qui sont parvenus à une période avancée de la maladie, sont sujets aux éruptions pustuleuses de la peau. C'est ainsi qu'on a parfois, dans le cours des néphrites, l'occasion d'observer des poussées furonculeuses et de voir se développer un ou plusieurs anthrax. M. Denucé (3) et M. Richelot (4) dans leurs articles des deux Dictionnaires, citent l'albuminurie parmi les causes qui prédisposent aux furoncles et aux anthrax.

Il en est de même pour l'ecthyma, qu'on constate

(1) *Traité de l'affection calculeuse*, 1838.

(2) Alb. Mathieu. Des purpuras cachectiques. *Archives générales de médecine*, 1883.

(3) Denucé. Art. Furoncle. *Dict. de médecine et de chirurgie pratiques*.

(4) Richelot. Art. Furoncle. *Dict. encycl. des sciences médicales*.

d'ordinaire plus fréquemment que ces affections. Dans ces dernières années, on a signalé assez souvent les éruptions pustuleuses et en particulier l'ecthyma, dans la néphrite qui survient au cours ou pendant la convalescence de la dothiénentérie.

Évidemment, cette affection cutanée peut se montrer et apparaît même en réalité assez fréquemment au déclin de la maladie, chez des typhiques dont les urines n'ont jamais renfermé une trace d'albumine, mais il n'en est pas moins vrai qu'elle se manifeste surtout lorsque la fièvre typhoïde porte son action sur le rein. On en trouve des observations intéressantes dans plusieurs thèses parues ces dernières années sur la forme rénale de la dothiénentérie, et en particulier dans cellés de MM. Amat (1) et Didion (2).

Quelle est la signification de l'ecthyma survenant au cours des néphrites, soit aiguës, soit chroniques ? Hillairet et Gaucher, M. Muselier (3), qui classent l'albuminurie parmi les causes de l'ecthyma, considèrent qu'elle agit à la façon des maladies cachectisantes, telles que le cancer et la tuberculose. Aujourd'hui il nous est interdit de voir dans cette affection pustuleuse, aussi bien que dans le furoncle et dans l'anthrax, l'expression directe de la maladie de Bright. Ainsi que l'a démontré M. Vidal, l'ecthyma est une affection parasitaire, auto-inoculable.

(1) Amat.

(2) Didion. *De la fièvre typhoïde à forme rénale.* Thèse de doctorat. Paris, 1883.

(3) Muselier. *Valeur séméiologique de l'ecthyma.* Paris. Thèse de doctorat, 1876.

Il en est de même pour le furoncle dont l'origine microbienne est évidente. Tout ce qu'on peut admettre, c'est que la peau des malades atteints de néphrite, constitue, pour les micro-organismes qui produisent ces éruptions pustuleuses, un milieu de culture favorable, par suite de la mauvaise nutrition des tissus et de l'altération des éléments anatomiques.

M. Lancereaux, dans ses leçons cliniques de la Pitié, a rapporté un fait qui montre bien la relation des éruptions pustuleuses avec l'albuminurie. Il s'agit d'une jeune fille urémique, de son service, qui offrit à plusieurs reprises, au niveau du thorax et des membres, de larges pustules arrondies et de forme nummulaire. Tout d'abord, on eut l'idée que cet accident pouvait être attribué à la médication bromurée à laquelle elle était soumise. Mais plus tard, l'éruption reparut à un moment où cette médication était depuis longtemps délaissée. La relation de la dermatose avec l'état des reins a paru, dans ce cas, des plus nettes à M. Lancereaux.

Des diverses autres éruptions.

En outre des manifestations cutanées que nous venons de passer en revue, on voit parfois chez les brightiques survenir d'autres éruptions. C'est ainsi que l'acné a été signalée par plusieurs auteurs. L'eczéma a été observé par M. Quinquaud, et nous reproduisons plus bas la relation d'un cas d'eczéma psoriasiforme généralisé qui a évolué cette année chez une malade du service de M. le Dr Barth et que notre excellent maître a bien voulu nous

autoriser à publier. Un certain nombre d'auteurs anglais, parmi lesquels Tilbury Fox (1) attribuent, du reste, une grande importance à l'insuffisance urinaire dans la production de cette dermatose.

Le lichen, le psoriasis ont de même été signalés dans le mal de Bright. Mais dans toutes ces diverses dermatoses, faut-il voir l'expression directe du mauvais fonctionnement des reins ? Nous ne le croyons pas et nous sommes porté à penser que beaucoup des accidents cutanés qu'on observe chez les brightiques ne sont que des coïncidences morbides ou des manifestations diathésiques, qui n'ont souvent avec les lésions rénales d'autre relation qu'une certaine communauté d'origine.

Éruptions bulleuses. — Pemphigus.

M. Persy, dans sa thèse intéressante, rapporte un cas d'éruption bulleuse dont nous reproduisons l'observation résumée. Il s'agit d'une malade apportée à l'hôpital en état d'urémie comateuse avec contractures. L'urine contenait des flots d'albumine. A la suite de l'administration d'un lavement purgatif, on vit se produire une diarrhée abondante et la contracture disparut ; mais l'on s'aperçut de la production d'une éruption bulleuse, limitée aux coudes et aux fesses. Les éléments éruptifs n'étaient pas groupés, mais étaient disséminés sans ordre, au nombre d'une dizaine. Chacune des bulles avait le volume moyen d'un gros pois ou d'une noisette. Elles contenaient un

(1) Tilbury Fox. *Diseases of the skin.* Londres, 1873.

liquide clair, limpide, légèrement citrin et étaient entourées d'une zone érythémateuse assez étroite, tandis que dans l'intervalle des bulles, la peau restait saine. Les jours suivants, les bulles ne tardèrent pas à se flétrir et à s'affaisser, et la rougeur qui les entourait pâlit et disparut bientôt entièrement.

« Ce qui frappe immédiatement dans ces faits, ajoute « M. Persy, qui rapporte un autre cas à peu près sem- « blable, c'est que dans les deux observations, l'éruption « pemphigoïde s'est trouvée en relation immédiate avec « de grandes crises encéphalopathiques. Il nous semble « légitime de rattacher ces éruptions bulleuses au groupe « des pemphigus nerveux. L'urémie cérébrale peut pro- « duire des paralysies ou des convulsions localisées, à « l'égal des lésions en foyer ; elle provoque parfois « l'aphasie, et l'on peut affirmer qu'il y a peu de symp- « tômes des affections encéphalo-médullaires que l'urémie « ne puisse reproduire. Il n'y a donc aucune difficulté à « admettre que les éruptions bulleuses aient leur point de « départ dans une modification des centres nerveux, par « suite de l'accumulation dans les tissus de matériaux « toxiques. Cette hypothèse prend plus de vraisemblance « encore si l'on se souvient que dans nos deux observa- « tions, la dermatose bulleuse coïncidait avec des con- « vulsions et du coma. »

Nous publions ci-dessous une observation, prise dans le service de M. le Dr Barth, à l'hôpital Broussais, et qui a trait à une éruption d'eczéma psoriasiforme généralisée. Cette dermatose, survenue brusquement, sans

cause connue, dans le cours d'un mal de Bright chronique, nous a paru intéressante à relater.

OBSERVATION (INÉDITE). — *Mal de Bright chronique; éruption généralisée d'eczéma psoriasiforme.*

La nommée Millon, Elisabeth, âgée de 73 ans, entre à l'hôpital Broussais le 4 mai 1888, salle Archambault, n° 3 (service de M. le Dr Barth).

Elle présente un ensemble symptomatique qui impose le diagnostic de mal de Bright : polyurie et pollakiurie; albumine dans les urines (0,75 par litre), bruit de galop très manifeste, céphalée, crises dyspnéiques, etc... Au cours de son séjour à l'hôpital, après plusieurs mois de santé à peu près satisfaisante, la malade est prise des accidents qui nous occupent spécialement, c'est-à-dire d'une éruption d'eczéma psoriasiforme généralisé. Aucune cause n'a été relevée qui pût servir de condition étiologique à ces phénomènes cutanés, et on peut être en droit de supposer qu'ils sont imputables à la néphrite chronique dont la malade est depuis longtemps atteinte. Une particularité intéressante à noter est que le régime lacté intégral a été supprimé quelque temps avant qu'on ait lieu d'observer l'éruption cutanée et qu'il a été remplacé par le régime alimentaire ordinaire, avec lait au lieu de vin.

4 octobre 1889. Après plus de deux mois de santé satisfaisante, la malade éprouve depuis quelques jours d'assez vives douleurs dans la région des reins. En même temps, elle s'est aperçue qu'elle avait sur différents points du corps des plaques rouges qui lui causaient de légères démangeaisons. Ces plaques, surtout abondantes au niveau des reins, du ventre et de la partie externe des cuisses, sont constituées par un érythème assez intense, avec desquamation sèche plus abondante que celle de l'eczéma et ressemblant à la desquamation du psoriasis. La plus grande de ces plaques est située au niveau du sacrum. La

peau est sèche, fendillée et rugueuse ; elle ne présente pas d'épaississement.

Le 12. L'éruption cutanée tend à se généraliser. Elle est capricieusement distribuée sur toutes les parties du corps, sans affecter aucun lieu d'élection. Absolument rien aux genoux et aux coudes, rien ou presque rien au niveau des plis articulaires. Les éléments éruptifs les plus nombreux et les plus caractérisés occupent le dos, le ventre, le siège et les cuisses. Le dos surtout est parsemé de plaques irrégulières mal délimitées, d'une dimension variable, de un à six ou sept centimètres, caractérisées par une coloration rougeâtre de la peau, qui, à leur niveau, est sèche, plissée, couverte de squames, mais nullement indurée ni épaissie. Les squames sont peu abondantes, blanchâtres et légèrement argentées en certains points. L'aspect des plaques tient toujours le milieu entre l'eczéma sec et le psoriasis.

L'éruption est légèrement prurigineuse, surtout au dos.

Nulle part il n'y a d'ulcération de la peau ni de suintement humide. Il y a quelques plaques analogues au cou et au visage. La bouche, qui, il y a quelques mois, a été le siège d'une stomatite ulcéro-membraneuse, est actuellement tout à fait indemne.

L'état général reste bon.

Le 18. Hier soir, sans cause connue, vomissements violents, diarrhée. Ce matin, pas de fièvre, aucun symptôme particulier, si ce n'est que les urines sont plus rares et plus albumineuses que précédemment. Les plaques cutanées tendent à pâlir et beaucoup d'entre elles ont déjà disparu.

Pas de céphalée ni aucun symptôme nerveux. Le bruit de galop est toujours manifeste.

Régime lacté partiel. Il est à noter que depuis longtemps déjà la malade ne mange pas de viande et ne boit pas de bouillon.

Le 23. Pas de nouveaux vomissements. La diarrhée a cessé également. Les plaques cutanées ne causent presque plus de

démangeaisons : elles continuent à pâlir et beaucoup d'entre elles ont entièrement disparu.

5 novembre. L'éruption à cessé ; il reste cependant quelques plaques au niveau du sacrum, dont la persistance tient sans doute au décubitus dorsal.

CHAPITRE III

De l'érythème papuleux urémique et des éruptions exanthématiques observées dans le cours du mal de Bright.

Nous voici parvenu à la partie la plus neuve, la plus intéressante et la plus importante de notre sujet. Les éruptions observées et décrites sous le nom de roséole ou d'érythème papuleux urémique sont en effet celles qui peuvent le plus légitimement être attribuées au mal de Bright et à la rétention dans le sang des principes excrémentitiels de l'urine. Par leurs caractères extérieurs, par les circonstances dans lesquelles elles apparaissent ordinairement, en même temps que par leur marche et leur valeur pronostique, elles se distinguent des autres exanthèmes et méritent une place spéciale dans le cadre des roséoles. Leur étude est du reste très délicate, et il faut s'entourer d'une grande circonspection avant de les attribuer à l'intoxication urémique.

C'est à deux médecins étrangers, l'un hollandais, Huet, l'autre danois, Bruzélius, que l'on doit les premières descriptions de ces formes éruptives. A Huet appartient incontestablement le mérite d'avoir signalé spécialement le premier l'érythème papuleux urémique ; par cette dénomination qu'il lui donna, il indiquait de la

façon la plus nette la valeur qu'il lui attribuait et la condition spéciale de son développement ; malheureusement, son mémoire a été pendant fort longtemps ignoré en France. De même le travail de Bruzélius, paru onze années après celui de Huet, a passé inaperçu, ainsi que la nouvelle observation de Huet, publiée en 1883.

La description que fait Huet de l'érythème papuleux urémique a été fort savamment analysée par le Dr G. Thibierge dans son excellente étude sur les *Dermatoses et l'Albuminurie*, parue dans les *Archives de dermatologie et de syphiliographie* en 1885. Nous sommes obligé de suivre pas à pas cette analyse.

Dans son premier travail, Huet décrit l'érythème urémique d'après vingt-sept observations personnelles ; c'est une éruption composée de papules ou de nouures nombreuses entourées d'une auréole rouge ou se développant sur des plaques érythémateuses. Elle a une coloration d'abord d'un rouge clair, puis foncée, puis violette, bleue et enfin d'un bleu noir ; dans ses dernières périodes, elle ne disparaît plus par la pression et son aspect se rapproche de celui des pétéchies et de la péliose. Les papules, d'abord très légèrement saillantes, s'affaissent au bout de peu de jours, et, en même temps, les plaques deviennent confluentes et forment une sorte d'érythème plus ou moins étendu. Au bout de quinze à vingt jours, il se produit une très légère desquamation furfuracée.

L'éruption est généralisée, mais occupe de préférence, surtout au début, la paume des mains, la plante des pieds, les avant-bras et le visage.

Dans un cas, Huet a vu des vésicules se développer sur la peau érythémateuse.

Cet exanthème, dans toutes les observations du savant hollandais, s'accompagnait de manifestations urémiques, et était survenu à la dernière période de mal de Bright. Il ne se constate guère que quand les reins ont déjà subi une atrophie très marquée et seulement dans les cas de néphrite parenchymateuse. On ne le voit se développer ni dans la tuberculose rénale ni dans les néphrites chirurgicales.

Huet a constaté cet exanthème dans environ un sixième des cas de néphrite observés par lui, mais il pense que la proportion réelle doit être encore plus considérable, car son attention n'a pas toujours suffisamment été dirigée sur cette éruption. La concomitance fréquente des accidents urémiques qui ont entraîné la mort dans tous les cas doit faire considérer le pronostic comme très fâcheux.

L'observation publiée par Huet en 1883 reproduit les traits principaux de cette description ; nous y relèverons seulement le début par un frisson, l'élévation de la température jusqu'à 39° pendant deux jours et le prurit léger qui accompagnait l'éruption. La mort survint vingt et un jours après le début de l'exanthème, et l'autopsie permit de constater l'existence d'une néphrite avec atrophie rénale. L'examen microscopique de la peau montra les papilles un peu augmentées de volume ; il n'y avait dans la peau ni urée ni cristaux d'acide urique.

La description donnée par Bruzélius (1) est très ana-

(1) On erythema uræmicum, par Bruzélius (*Nordiskt medecinskt Archiv.*, XIII, n° 24, 1881).

logue à celle de Huet. Dans les cas observés par le médecin danois, l'éruption consistait en taches larges comme une lentille, peu ou pas saillantes, ayant l'apparence de taches érythémateuses, ou finement granuleuses et rappelant l'eczéma papuleux. L'éruption débutait sur les articulations de la main, puis les plaques s'étendaient de façon à couvrir toute la surface du corps par leur confluence, et à prendre l'apparence d'une éruption scarlatineuse intense arrivée à son summum. L'épiderme se soulevait parfois en vésicules de dimensions variables. L'éruption prédominait et parfois se localisait exclusivement sur la surface d'extension des articulations. Au bout d'un temps variable, il se faisait une desquamation qui, principalement aux doigts, se faisait sous forme de larges lambeaux, et, en même temps, il se formait des rhagades d'où s'écoulait un liquide séreux ou sanguinolent. Cet érythème se produisait d'abord dans les régions œdématiées, mais n'avait pas un rapport nécessaire avec l'hydropisie et existait aussi chez des sujets n'ayant que peu ou pas d'œdème.

Bruzélius, comme Huet, insiste sur ce point qu'il n'a jamais observé cet érythème sans que des accidents urémiques l'eussent précédé ou accompagné. Quant à la marche de l'érythème, elle n'est pas définie, mais il se développe lentement et dure au plus quelques semaines; son pronostic est des plus fâcheux.

Après cette analyse des formes éruptives observées par les deux médecins étrangers, M. Thibierge ajoute que, pour lui, les descriptions si nettes et si concluantes d'Huet et de Bruzélius ne peuvent laisser de doutes sur

l'existence de l'exanthème qu'ils signalent ; il n'a d'analogie qu'avec celui qui survient à la période de réaction du choléra. Encore s'en distingue-t-il par la généralisation plus considérable de l'éruption, par l'intensité plus grande de la desquamation, et par le pronostic qu'il comporte, la roséole cholérique se montrant au contraire presque exclusivement dans les cas favorables. On pourrait, il est vrai, poser la question d'un exanthème médicamenteux, et ce que nous connaissons des travaux de Huet et de Bruzélius ne nous permettrait pas de répondre à cette objection.

Nous verrons, pour notre part, à propos de l'observation inédite que nous publions plus loin et qui a été recueillie cette année dans le service de notre excellent maître, M. le Dr Barth, à l'hôpital Broussais, ce qu'il faut penser de cette question d'exanthème médicamenteux. Le mémoire du médecin hollandais et celui du savant danois échappent à nos moyens de contrôle à ce sujet. Les cas d'éruptions exanthématiques observées dans le cours du mal de Bright ou en concomitance avec d'autres manifestations urémiques sont en somme assez rares pour qu'on ne les admette qu'avec circonspection et en s'entourant de toutes les garanties qui permettent de les rattacher à leur cause véritable.

Les observations de roséole urémique publiées en France se différencient profondément de celles qu'ont rapportées Huet et Bruzélius, mais elles offrent également ce caractère d'être survenues en même temps que des phénomènes urémiques nettement caractérisés. Au lieu de se développer dans le cours ou plutôt à la période

terminale des néphrites chroniques, et d'affecter une marche assez lente, elles se sont produites dans des cas de néphrite aiguë ou subaiguë et elles n'ont pas comporté un pronostic aussi rigoureusement fatal. Nous publions ci-dessous les principales observations d'érythème rubéolique qu'on a eu l'occasion de recueillir en notre pays pendant ces dix dernières années ; nous les avons trouvées dans les thèses de doctorat de MM. Merklen, Duval et Persy. Les deux observations inédites que nous reproduisons également, et dont la première est due à l'obligeance de notre maître, M. le Dr Barth, et la deuxième à celle de M. le Dr Hamonic, nous paraissent apporter quelques notions nouvelles dans l'étude de ces éruptions de roséole brightique. En effet, toutes les deux, contrairement aux cas des auteurs que nous venons de citer, se sont développées dans le cours de néphrites chroniques, et elles se sont terminées d'une manière favorable.

L'observation recueillie dans le service de M. Barth nous paraît très analogue à celle dont Bruzélius a donné la description. Comme dans ces dernières, l'éruption a débuté par une sorte d'érythème vésiculeux et papuleux. Un caractère particulier, c'est qu'elle a eu pour point de départ, avant de se généraliser, la région mastoïdienne, où quelques jours auparavant, à cause de la céphalée intense dont souffrait le malade, on avait fait une application de sangsues. Peut-être faut-il voir, dans cette localisation primitive de l'éruption, une origine infectieuse. En tout cas, quelques jours après, comme dans les cas de Bruzélius, elle a pris le type scarlatiniforme et

elle s'est terminée par une desquamation considérable et très étendue. Pendant toute la durée de son évolution, elle a affecté le caractère urticant, et l'acuité des démangeaisons était telle qu'elle déterminait une insomnie absolue. A ce propos, il est à noter que le malade, au cours de cette affection cutanée, a, pendant plusieurs jours, pris 2 ou 3 gr. de chloral. Ce médicament provoque, lui aussi, des éruptions sur la peau, mais chez notre malade, la dermatose était en plein développement quand il a été administré. Nous ne croyons donc pas qu'il puisse être mis en cause dans l'étiologie de l'éruption.

Dans les observations qui seront ultérieurement publiées, il est à désirer qu'on signale, comme nous l'avons fait, les petits points de détail, qui, malgré leur caractère de prime abord insignifiant, pourraient à la rigueur servir de prétexte à l'éruption cutanée. On devra surtout ne pas omettre d'indiquer les médications mises en usage, car il est à peu près certain qu'en raison même de l'insuffisance fonctionnelle du rein, les éruptions médicamenteuses sont plus fréquentes dans le mal de Bright que dans toute autre maladie. « Quand la fonction rénale est entravée, dit excellemment M. le professeur Bouchard (1), il est prudent de n'user qu'avec une extrême réserve de certains médicaments. Lorsque l'imperméabilité du rein est devenue telle qu'il cesse de pouvoir éliminer les substances toxiques fabriquées par l'organisme, il retient aussi les substances médicamen-

(1) Bouchard. *Leçons sur les auto-intoxications dans les maladies.* Paris, 1887.

teuses. Il est aussi imperméable pour les poisons thérapeutiques que pour les poisons naturels, et l'emploi de médicaments toxiques, en pareil cas, n'a d'autre effet que d'associer l'intoxication médicamenteuse à l'intoxication urémique. »

OBSERVATION (PERSONNELLE). — *Mal de Bright : éruption érythémateuse et scarlatiniforme.*

Le nommé Leulie, Eugène, 24 ans, typographe, entre à l'hôpital Broussais le 27 juin 1889, salle Delpech, n° 2.

Les antécédents héréditaires sont les suivants : père mort de tuberculose pulmonaire à 47 ans, mère bien portante, ainsi qu'un frère et une sœur.

Le malade s'est bien porté jusqu'à 19 ans. Il n'a jamais eu de maladies aiguës ni de fièvres éruptives ou typhoïde ; il n'est ni rhumatisant ni syphilitique. Il y a cinq ans, sans cause connue bien appréciable, il a été pris d'accidents imputables au mal de Bright et a été traité pendant deux mois à l'hôpital, soumis au régime lacté. Il en est sorti guéri en apparence et s'est bien porté jusqu'au mois de février dernier. A cette époque, le malade a été pris de violents maux de tête et de vomissements répétés qui ont persisté avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation jusqu'au moment où il s'est décidé, las de souffrir, à entrer de nouveau à l'hôpital.

État actuel. — Le malade présente des symptômes indéniables de mal de Bright chronique : albumine en quantité considérable dans les urines, qui sont pâles, mousseuses et abondantes (3 à 4 litres par jour), faciès bouffi, vue trouble, céphalée presque continue et très violente, légers œdèmes périphériques. Les urines analysées renfermaient environ 4 gr. d'albumine et 12 à 15 gr. d'urée dans la quantité émise dans les 24 heures.

Le malade était en traitement depuis une quinzaine de jours

et ne buvait que du lait, lorsqu'il fut pris des phénomènes qui nous intéressent spécialement. La céphalée devenant de plus en plus violente, on appliqua trois sangsues à chaque apophyse mastoïde. Deux ou trois jours après cette application de sangsues, on constata une sensibilité vive au niveau des piqûres, en même temps qu'un léger gonflement de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané de la région mastoïdienne des deux côtés.

Application de compresses résolutives d'alcool camphré, étendu d'eau.

20 juillet. Malgré les applications d'alcool camphré, la tuméfaction sous-mastoïdienne a encore augmenté. Ce matin, le gonflement, très appréciable à la vue, est exactement symétrique des deux côtés ; il paraît intéresser exclusivement la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Au palper on constate une véritable plaque de dermite exsudative très analogue à la dermite de l'érysipèle. Du côté gauche, l'oreille est envahie ; le pavillon est rouge, épaissi et lardacé. A gauche et à droite, la plaque se limite inférieurement par un bourrelet assez net, situé un peu au-dessous du niveau du grand angle de la mâchoire. Les régions sous-maxillaire et parotidienne sont intactes.

Au niveau des plaques, l'épiderme est soulevé par des vésicules et même par des bulles à contenu séreux.

D'autre part, le malade a depuis hier des plaques d'érythème au niveau des mains et des pieds. Ces plaques sont formées d'éléments papuleux, les uns isolés, les autres réunis en corymbe d'un rouge vif, s'effaçant momentanément par la pression et offrant tous les caractères de l'érythème polymorphe.

Poussée abondante de séborrhée sur le visage. Un peu d'irritation de la muqueuse buccale et linguale. Pouls 96, un peu dur. Température : 38°.

Lotions à l'eau boriquée. Compresses d'eau de sureau.

Le 22. Pendant la journée d'avant-hier, les démangeaisons au niveau des mains et des pieds sont devenues de plus en plus vives, à tel point qu'elles déterminent une insomnie absolue. Ce matin, l'éruption est généralisée à tout le corps. Les phéno-

mènes de dermite constatée au niveau des piqûres de sangsues, à la région mastoïdienne, sont très calmés. Le pavillon des oreilles est encore tuméfié, mais la douleur est presque nulle. En revanche, il existe un œdème considérable des mains qui sont couvertes d'érythème vésiculeux et papuleux très urticant. Les téguments sont tendus, les mouvements des doigts gênés. L'érythème n'est plus limité aux extrémités : il est étendu aux bras, dont il occupe surtout la face externe, aux jambes et aux cuisses, ainsi qu'à la face dorsale du tronc et au cou. Ce sont partout des groupes de papules dont quelques-unes se transforment en vésicules et présentent une croûtelle presque imperceptible à leur sommet. Le visage est relativement épargné, mais il existe un œdème notable des lèvres et une séborrhée considérable du nez. Insomnie complète depuis trois jours, causée par la démangeaison ou plutôt par la brûlure dont les mains et les pieds sont le siège. Malgré l'intensité de ces phénomènes, la céphalée a disparu ; pas de vomissements, selles normales ; urines toujours très fortement albumineuses, 1800 gr. par 24 heures.

Traitement : bains d'amidon.

Poudre de talc......................	ââ 50 gr.
— d'amidon....................	—
Acide salicylique.......	2 gr.

Le 23. L'éruption est moins douloureuse et tend à pâlir. L'œdème des mains a un peu diminué.

En revanche, il y a un commencement d'enflure des pieds. Desquamation furfuracée abondante de la face et du cou, ainsi que des régions rétro-auriculaires. Sulfate de soude, 30 gr.

Le 24. État à peu près stationnaire. Éruption toujours très rouge et très prurigineuse, surtout aux mains et aux pieds, où l'œdème est très marqué à la face dorsale, mais n'existe pas à la paume et à la plante. Distension extrême de la peau, qui est très rouge, chagrinée et recouverte d'un épiderme très épaissi. Sur la continuité des membres et du tronc, groupes d'éléments

papuleux discrets de diverse grandeur : pas de vésiculation notable.

Faciès rouge recouvert de squames. La tuméfaction des oreilles a beaucoup diminué ; l'irritation cutanée se propage à la face muqueuse des lèvres. La langue est desquamée et ressemble à une langue scarlatineuse ; elle n'est le siège d'aucune douleur.

Pas de fièvre. État général bon du reste.

Urines non modifiées.

Le 25. Hier, légère syncope au moment où le malade a pris un bain d'amidon, mais cet accident n'a pas eu de suites fâcheuses. Ce matin, état général satisfaisant. L'éruption érythémateuse a diminué, mais le malade n'a pas dormi de la nuit.

On prescrit 3 gr. de choral.

Le 27. Depuis hier, l'éruption a subi une nouvelle poussée. Elle tend à devenir confluente, non seulement aux pieds et aux mains, mais encore au thorax et aux lombes. Toutes les parties du corps sont maintenant couvertes de plaques rouges, de dimensions variables, depuis le simple pointillé jusqu'à de larges plaques à contour polycyclique. Ces plaques, d'un rouge vif, un peu livide, ne s'effacent plus qu'imparfaitement à la pression et sont le siège de démangeaisons très vives. Elles s'accompagnent dans les points où elles sont confluentes d'un œdème considérable du tissu cellulaire sous cutané ; elles sont partout sèches, bien que leur aspect rappelle celui de l'eczéma aigu à son début. Les élevures papuleuses et chagrinées qui les composent ne présentent pas de vésicules et ne donnent lieu à aucun suintement, mais dans les points les plus malades, on constate une desquamation furfuracée. Cette desquamation est surtout accentuée au visage et au cuir chevelu, où la rougeur, bien que moins vive qu'aux membres, est confluente et générale. Pas d'œdème des paupières ; les oreilles sont moins tuméfiées que ces jours derniers.

L'état général se maintient bon. Pas de fièvre, mais l'insomnie reste complète, malgré 3 gr. de choral par jour.

Urines claires, limpides, toujours fortement albumineuses : 3 litres environ.

On supprime le chloral et on prescrit une potion au sirop d'éther.

Le 29. Depuis deux jours, élévation considérable de la température qui, hier au soir, était à 39°,8 et ce matin est descendue à 38°,7. L'érythsème devient de plus en plus confluent et prend un aspect absolument scarlatiniforme. Au ventre et à la face antérieure des cuisses, il y a encore quelques îlots de peau saine, mais partout ailleurs la rougeur est uniforme, très vive, accompagnée d'un peu d'œdème des téguments et de la desquamation furfuracée déjà signalée. Les démangeaisons sont toujours intenses et empêchent presque absolument le sommeil. Cependant, les parties envahies les premières, à savoir les mains et les pieds, paraissent en voie d'amélioration ; la rougeur y est moins vive ; l'œdème a disparu et la peau à ce niveau reprend sa souplesse.

Le visage est encore très rouge et il y a un peu de tuméfaction des paupières. Le cuir chevelu est relativement peu envahi.

Les organes splanchniques ne présentent rien à noter. Pouls régulier à 96. Battements du cœur normaux.

Urée : 23 gr.

Albumine, 0,50 centigr.

On prescrit 10 gr. d'eau-de-vie allemande, associée à 10 gr. de sirop de nerprun.

Le 30. La purge a fait bon effet. Toujours beaucoup de démangeaisons. Néanmoins la rougeur et la tuméfaction des téguments continuent à diminuer. Desquamation très abondante.

Le 31. La desquamation est de plus en plus abondante et présente le type scarlatiniforme. Aux mains et aux pieds, l'épiderme se détache par grandes plaques. La rougeur a presque disparu dans les parties envahies les premières ; elle est encore très vive aux cuisses et à l'abdomen.

Les démangeaisons ont diminué ; cependant l'insomnie reste absolue.

Polyurie très abondante : 5 litres d'urine en 24 heures.

La langue est desquamée et ressemble à une fraise. Ganglions cervicaux un peu engorgés.

Muqueuse buccale légèrement enflammée ; rien à l'isthme du gosier.

2 août. Depuis le 31 juillet, la fièvre est tombée entièrement. Les urines qui ne dépassaient pas un litre le 29 juillet, ont atteint le niveau de 5 litres le 31 et restent aujourd'hui à près de 4 litres. Les démangeaisons ont diminué ; la desquamation se fait en doigt de gant aux mains et aux pieds, en larges lamelles analogues à de la baudruche sur les autres parties du corps. La langue a toujours l'aspect scarlatiniforme; on observe de larges squames au cuir chevelu. Pas de chute des cheveux jusqu'à présent.

Le 3. L'éruption continue à s'éteindre régulièrement. Les démangeaisons ont cessé ; la desquamation est toujours très abondante et se fait par de grandes plaques, dont plusieurs ont de six à dix centimètres de diamètre, aux pieds et aux mains.

Le 9. Les phénomènes cutanés ont disparu ; l'état général est bon. Le malade demande à manger ; on supprime le régime lacté intégral et on donne un degré d'aliments.

Le 25. On songeait à envoyer le malade à Vincennes, sur sa demande. Il se trouvait très amélioré et avait recouvré ses forces, bien que son urine renfermât toujours une forte proportion d'albumine. L'avant-veille de son départ pour Vincennes, il était sorti en permission, lorsqu'au seuil de l'hôpital, il a été pris brusquement de crachement de sang. Revenu dans son lit, l'hémoptysie a continué.

Le soir, à l'auscultation, on constate à la base droite un foyer très net d'apoplexie pulmonaire.

Le malade a continué de cracher du sang, en petite quantité pendant une huitaine de jours. Le foyer apoplectique persistait toujours à la base droite. Ce n'est que le 10 septembre que ce grave accident a été définitivement conjuré.

3 octobre. Le malade est sorti en bon état. Les urines sont

toujours très abondantes (environ trois litres par jour) et renferment une notable proportion d'albumine. Cependant l'état de la circulation cardio-vasculaire paraît normal. Pas de palpitations cardiaques ; pas de bruit de galop ; absence complète d'œdème. Il n'y a ni céphalée ni aucun phénomène nerveux.

Observation (inédite). — *Éruption érythémateuse dans le cours d'une albuminurie chronique* (due à l'obligeance de M. le Docteur Hamonic).

La nommée Dussert, Angèle, 32 ans, cuisinière, entre à l'hôpital Beaujon, le 1er mars 1883, dans le service de M. le Dr Labbé.

Elle présente une fracture transversale de la rotule, produite par cause indirecte. Les antécédents héréditaires sont nuls. La malade paraît un peu alcoolique. Il y a un an, elle a été soignée pour un mal de Bright dans le service de M. le Dr Millard, où elle fut soumise au régime lacté.

On remarque en effet qu'elle présente de la bouffissure du visage et des paupières, un certain degré d'œdème des malléoles, etc. Son urine renferme de l'albumine en quantité très notable.

Au cours du traitement de sa fracture, le 25 mars, la malade, qui n'avait pas quitté son lit et qui n'avait précédemment mangé à ses repas ni poisson, ni crustacés, ni autres substances indigestes, vit se développer une éruption cutanée caractérisée par des taches érythémateuses, disposées en plaques irrégulières, dont quelques-unes étaient grandes comme la main, d'autres de dimensions beaucoup plus petites. Ces plaques avaient des contours irréguliers, des bords très tranchés et s'effaçaient momentanément à la pression. Elles existaient sur le ventre, au niveau des fosses iliaques, et sur les parties latérales du thorax.

Pendant l'évolution de ces phénomènes cutanés, survenus sans cause appréciable, la malade conserva son appétit et ne présenta ni fièvre ni angine. Seule, l'albumine parut augmentée dans les urines (6 gr. par litre).

Le 30 mars, l'éruption avait pâli et le 5 avril elle avait entièrement disparu. La malade quittait le service le 15 avril, guérie de sa fracture, et en apparence bien portante, quoique son urine fût toujours notablement albumineuse.

OBSERVATION. — *Lichen aigu et érythème survenu à deux reprises avec accidents urémiques.* Thèse de doctorat de M. P. MERKLEN. Paris, 1881.

Le nommé Ch. (Jean), 38 ans, homme de peine, entre le 8 juin à l'hôpital St-Antoine, salle St-Louis, n° 2. Ce malade raconte qu'il travaille souvent dans les puits ; ne boit qu'un litre de vin par jour, n'a pas de pituite ni de cauchemars. Il y a un mois, à la suite d'un refroidissement, il fut pris d'œdème généralisé, avec urines rares et foncées ; en même temps, la respiration devenait gênée. Il éprouve une douleur lombaire peut intense, mais persistante.

En ce moment, on constate une anasarque peu intense, mais très nette. Les urines foncées, précipitent abondamment par la chaleur et l'acide nitrique. Le microscope démontre la présence de nombreux cylindres granulo-graisseux. La céphalalgie est habituelle, s'exaspérant de temps à autre ; à peine quelques palpitations ; rien d'anormal au cœur. Le malade se plaint de voir quelques brouillards. Il éprouve en même temps quelques nausées avec inappétence. La respiration est gênée (30 par minute) avec quelques râles sous-crépitants d'œdème.

T. 37°,2.

Le 12 juin, le malade fut pris subitement de somnolence invincible, avec demi-coma. Il n'urina que 300 gr. d'urine fortement albumineuse. De plus, on trouve disséminée sur

l'abdomen, les bras et les cuisses, une efflorescence caractérisée : 1° par des papules de lichen aigu surtout très abondantes sur l'avant-bras droit ; 2° des taches érythémateuses disparaissant, sous la pression du doigt, sur le côté droit de l'abdomen. Au centre de plusieurs de ces taches ou à côté, existent des papules.

Il y avait donc dans ce cas *coexistence de l'éruption avec le maximum des troubles urinaires*. Au moment où l'anurie était le plus intense, à ce même moment apparaissait l'éruption cutanée, ce qui montre la relation de cause à effet. Sous l'influence du régime lacté, des révulsifs, des diurétiques, les symptômes s'améliorent rapidement. Dans l'espace de huit à dix jours, l'éruption avait disparu avec l'amélioration des troubles de sécrétion urinaire.

Mais le 17 juillet, sans cause bien appréciable, l'œdème augmenta, la respiration devint gênée, la sécrétion urinaire diminua, le malade fut pris de son coma et de la même éruption lichénoïde et érythémateuse.

Le régime lacté exclusif eut encore raison de tous ces accidents, et à la fin d'août, le malade put sortir guéri de ses accidents cérébraux et des symptômes cutanés, mais conservant encore une grande quantité d'albumine dans les urines.

Observation. — *Néphrite aiguë avec érythème, prise chez* M. Hardy (Thèse doct. Duval, 1880).

Kermann, 23 ans, entre à la Charité le 16 juin. Le malade travaillant dans un puits sentit un violent frisson, et trois jours après se présente à l'hôpital.

La fièvre est forte, le thermomètre monte à 39°,3, la peau est sèche et chaude ; le malade accuse une vive douleur lombaire ; le premier jour du début de la maladie, il a eu quelques vomissements. L'hydropisie est considérable, occupe les membres inférieurs, le scrotum, les paupières, toute la figure est bouffie.

Le malade a parfaitement conscience de la mobilité de son œdème qu'il dit avoir vu plusieurs fois changer de place.

La vue est troublée ; les objets sont vus comme à travers un brouillard. Du côté des oreilles, des bourdonnements. Les urines sont rares, rouges, foncées ; par la chaleur et l'acide nitrique, elles précipitent si abondamment que le vase semble contenir du lait ; de plus, le dépôt se teinte légèrement en rose.

Les phénomènes précédents se maintinrent ainsi pendant une quinzaine de jours avec des alternatives diverses, lorsque le 3 juillet le malade signala une éruption. Celle-ci occupe les deux mains et la partie inférieure des avant-bras, mais ne siège que sur la face dorsale de la main.

Elle consiste en une quantité considérable de petites taches d'un rouge vif, tranchant fortement sur la peau anémiée, et offrant l'aspect des taches de la rougeole. Leur nombre est tel en certains points qu'elles se touchent et forment des plaques dont l'étendue maxima ne dépasse pas 2 centimètres dans les divers sens. La pression les fait disparaître momentanément, mais elles reparaissent aussitôt. Au toucher et à la vue, elles n'offrent aucune saillie appréciable.

De plus, à la partie supérieure des cuisses, on note de larges plaques d'urticaire. Celles-ci, d'un rouge pâle et moins accentuées au centre, sont circonscrites par une ligne d'un rouge vif. Elles sont au nombre d'une dizaine sur chaque cuisse et causent au malade de très vives démangeaisons, tandis que l'éruption des membres supérieurs est indolente.

La fièvre qui était à 38°,3, la veille, s'est élevée à 39°.

7 juillet. La fièvre va en oscillant, mais reste supérieure à ce qu'elle était avant l'éruption. Celle-ci s'est étendue aux membres supérieurs, mais ne cause pas de démangeaisons. Les plaques d'urticaire des cuisses ont à peu près disparu ; le malade ne s'en plaint pas.

Le 10. Poussée de pneumonie.

Le 11. Éruption sur la face dorsale des pieds, et semblable en tous points à celle des membres supérieurs. Pas de douleurs.

Le 13. Mort du malade.

Autopsie. — Les traces d'éruption ont disparu. Les reins congestionnés, volumineux, rouges, présentent tous les signes d'une néphrite parenchymateuse.

OBSERVATION. — *Érythème papuleux généralisé dans le cours d'une fièvre typhoïde à forme rénale*. Thèse de doct. de PERSY. Paris, 1887.

La nommée D., Lucie, âgée de 23 ans, couturière, entre le 3 décembre 1885 à l'hôpital de la Pitié, salle Lorain, n° 31.

Cette femme est à Paris depuis six ans. Elle a toujours été bien portante. Il y a exactement dix-huit jours, la malade, constipée, a pris une purgation, à la suite de laquelle est survenue une diarrhée qui dure encore actuellement. En même temps, elle s'est sentie fatiguée, courbaturée, et elle a perdu l'appétit. Soif vive, bouche pâteuse et amère. Céphalalgie, insomnie. Pas d'épistaxis.

Deux jours après, elle s'est alitée. A son entrée à l'hôpital, elle présente l'aspect d'une fièvre continue à la période d'état. Elle est abattue, répond avec lenteur aux questions. Ses lèvres et sa langue sont agitées d'ondulations fibrillaires. Langue sèche, rouge sur les bords. Dents et lèvres légèrement fuligineuses. Gorge rouge, déglutition douloureuse. Ventre météorisé. Douleur à la pression dans la fosse iliaque. Taches rosées lenticulaires en très petit nombre sur l'abdomen et la base du thorax. Diarrhée jaune ocre. Rate notablement augmentée de volume.

Sibilances aux deux bases. Pas de crachats. Rien au cœur. Pouls dicrote à 106.

Température 39°,8 hier au soir, 39°,8 ce matin. Abolition complète du réflexe rotulien.

La malade se plaint surtout d'une violente céphalalgie. Elle est plus oppressée que ne l'indique l'état du poumon.

L'urine est rouge, peu abondante, elle contient des flots d'albumine rétractile.

Traitement. — Régime lacté, lotions, lavements froids.

7 décembre. Depuis deux jours la malade porte sur tout le corps une éruption papuleuse qui a débuté par la poitrine. Ce sont des taches arrondies, de la dimension et de l'aspect des taches lenticulaires ordinaires de la fièvre typhoïde, mais notablement plus saillantes et ne s'effaçant pas complètement par la pression du doigt.

En quelques points, deux ou trois taches se confondent par leurs bords et l'éruption prend un aspect confluent. Presque partout, les éléments éruptifs sont séparés par un intervalle de peau saine, deux ou trois fois large comme la papule. L'éruption est surtout marquée aux cuisses, au tronc et au membre supérieur du côté de la flexion. Mais elle existe également au cou et sur le menton. Il est utile de noter que la malade n'a pris aucun médicament.

Le 8. L'éruption a déjà pâli. Son apparition ne s'est accompagnée d'aucune modification dans le type de la fièvre ni dans les symptômes généraux. La céphalalgie reste assez pénible.

L'urine contient toujours une forte proportion d'albumine.

Les 10 et 11. Disparition progressive de l'exanthème. Pas de desquamation.

Le 12. Il ne reste plus que quelques macules jaune pâle, surtout visibles sur les seins.

La malade va mieux. La défervescence commence à se produire. Hier au soir 39° ; ce matin 36°,8.

La quantité d'albumine semble avoir diminué.

Le 18. L'apyrexie est complète. Le mal de tête a disparu ainsi que l'éruption. La langue est humide, rose. La malade demande à manger. Les urines sont plus claires et plus abondantes ; elles contiennent toujours de l'albumine.

Le 24. La malade sort guérie en apparence, mais conservant toujours une certaine quantité d'albumine.

CHAPITRE IV

Physiologie pathologique, diagnostic et pronostic des éruptions cutanées d'origine rénale.

Pour compléter notre étude des manifestations cutanées qui surviennent dans le mal de Bright, il nous reste à rechercher les causes de leur développement et à fixer les éléments du diagnostic et du pronostic. Les lésions rénales, qu'elles soient aiguës ou chroniques, empêchent manifestement la dépuration du sang et produisent dans ce liquide l'accumulation de produits excrémentitiels qui, à l'état normal, sont incessamment excrétés. On conçoit donc que ces produits de désassimilation, anormalement retenus dans le sang, peuvent irriter la peau en la traversant, et par le fait même de cette irritation, déterminer la production des éruptions diverses que nous avons précédemment étudiées.

Les relations intimes qui, à l'état fonctionnel, unissent le rein et la peau, rendent cette théorie très acceptable. Du reste, elle ne paraît pas seulement applicable aux dermatoses qui se montrent à la période terminale des néphrites, à celles qui accompagnent les accidents urémiques et que pour cette raison M. Persy décore du nom d'*urémides*. Longtemps, en effet, avant que ne se produisent les phénomènes graves qui constituent l'uré-

mie véritable, le sang est déjà chargé de matières excrémentitielles qui, à l'état normal, devraient être éliminées par les urines, et il en résulte des troubles fonctionnels divers dans la plupart des organes. Les manifestations cutanées qui se produisent à cette période peu avancée du mal de Bright peuvent donc aussi reconnaître pour cause l'adultération du sang, tout comme bien des symptômes qui servent à fixer le diagnostic et auxquels on n'attribue pas d'autre origine.

On a opposé quelques faits contradictoires à cette explication qui met les dermatoses brightiques sur le compte de l'insuffisance rénale. M. le professeur Dieulafoy a fait remarquer qu'il existait des cas où la suppléance du rein par la peau se manifestait par l'apparition de véritables sueurs d'urée, et où cependant les éruptions et le prurit lui-même manquaient absolument. En outre, fait-il encore observer, mettre ces dermatoses sur le compte de l'urémie, c'est éloigner le problème sans le résoudre : la pathogénie des accidents urémiques n'est pas à l'heure actuelle établie d'une façon définitive, incontestable, et les diverses théories chimiques mises en avant pour les expliquer ne sont pas clairement démonstratives.

La méthode expérimentale a été employée pour résoudre la question. M. Quinquaud a injecté à des cobayes par la voie veineuse des substances extractives de l'urine et il a réussi à produire des éruptions diverses. Malheureusement il ne rend compte de ses expériences que sous réserve et demande lui-même leur vérification. On voit donc que malgré les probabilités qui militent en faveur

de la nature urémique des éruptions cutanées chez les brightiques, il nous est encore aujourd'hui impossible de l'accepter sans réserve. Comme le remarque fort bien M. Thibierge, il est besoin de nouvelles recherches pour élucider cette pathogénie, et on devra faire des analyses soignées du sang des malades qui présentent ces accidents cutanés.

Il ne faut pas, du reste, croire que toutes les éruptions qu'on observe sur la peau des malades atteints de néphrite, sont imputables à l'insuffisance de la dépuration urinaire. Beaucoup d'entre elles ne surviennent qu'à titre de phénomènes connexes et contemporains des lésions rénales, et doivent être considérées comme de simples manifestations diathésiques. L'eczéma chronique, le psoriasis et en général toutes les herpétides qui surviennent comme la néphrite interstitielle à un âge avancé, rentrent dans ce cadre. Le prurit lui-même, qui, ainsi que nous l'avons vu, est un phénomène précoce de la néphrite, et se montre chez des vieillards atteints d'artério-sclérose généralisée, bien longtemps avant que leur santé ne soit profondément altérée, le prurit ne peut sans exagération manifeste, être attribué à l'insuffisance du rein. Il y a des cas cependant, comme dans ceux qu'a signalés Bartels, où des démangeaisons atroces accompagnent les accidents urémiques et s'accentuent parallèlement à eux. Ces faits de prurit grave reçoivent peut-être une explication satisfaisante si on admet que l'action des principes excrémentitiels retenus en excès dans le sang modifie ou excite les terminaisons nerveuses de la peau, et, dans ces cas, on peut comparer, avec M. le pro-

fesseur Peter, les démangeaisons des brightiques à celles des ictériques.

L'urticaire, dans plusieurs observations, a paru relever directement de l'intoxication urémique. C'est un phénomène qui survient dans beaucoup d'empoisonnements, comme par exemple celui qui résulte de l'ingestion des moules ou de certains comestibles ; il paraît donc rationnel d'admettre qu'il peut être provoqué par la rétention dans le sang des principes toxiques que le rein élimine à l'état normal.

Les éruptions érythémateuses, celles que nous avons étudiées sous le nom de roséole urémique, paraissent, plus que toutes les autres dermatoses, imputables à l'insuffisance rénale. Les observations d'Huet et de Bruzélius, ainsi que celles qui ont été rapportées en France, sont assez démonstratives à cet égard ; toutes ont trait à des éruptions survenues à la période ultime des affections rénales et en concomitance avec des accidents graves qui indiquaient le degré très prononcé de l'intoxication du sang. On doit remarquer en outre que la roséole est un phénomène commun à beaucoup d'empoisonnements, et par conséquent il est très rationnel d'admettre l'existence véritable de l'érythème papuleux urémique. Cependant il y a là une cause d'erreur que nous nous sommes attaché à bien mettre en relief : c'est la possibilité de prendre des exanthèmes médicamenteux pour des éruptions d'origine directement rénale. Dans un certain nombre d'observations, et plus spécialement dans celles des auteurs étrangers, il serait à désirer qu'on indiquât plus nettement les médications

diverses mises en usage. On ne doit pas oublier que beaucoup de médicaments, en particulier l'opium et le chloral, peuvent en certains cas déterminer des érythèmes étendus qu'on serait au premier abord tenté de mettre sur le compte de l'intoxication urémique. Il y a là par conséquent un écueil à éviter, bien que dans ces cas, l'éruption, quoique d'origine médicamenteuse, doive être signalée ici. La lésion rénale joue en effet un certain rôle dans la production de ces phénomènes cutanés, puisqu'elle entrave l'élimination par la voie normale du médicament qui détermine l'éruption.

Le purpura qui survient chez les urémiques, ne paraît avoir aucun rapport avec la rétention dans le sang de matériaux toxiques. Il semble plutôt dû aux altérations encore peu connues de la crase sanguine, et, dans certains cas, sa production est peut-être conditionnée aux altérations des petits vaisseaux et aux modifications de la tension vasculaire. Il est une manifestation particulière de la tendance aux hémorrhagies multiples qui surviennent si fréquemment chez les brightiques et sa condition première est subordonnée à la cause de ce processus hémorrhagique.

Quant à l'ecthyma, quant aux furoncles, ce sont des phénomènes qui n'ont pas de rapport avec l'insuffisance urinaire. Dans les néphrites infectieuses, les éruptions pustuleuses ne sont pas dues à la néphrite, mais bien à la maladie primitive. Chez les albuminuriques, leur fréquence ne peut s'expliquer que par la moindre résistance qu'offrent leurs tissus à l'infection parasitaire qui détermine ces éruptions.

Il ne faut pas oublier non plus que les iodures et les bromures, surtout s'ils sont longtemps administrés au malade, peuvent provoquer des poussées pustuleuses qu'on aurait tort, dans ces cas, de mettre sur le compte de la néphrite chronique ou des accidents urémiques qui la compliquent à un moment donné.

Des considérations qui précèdent, il ressort que le diagnostic des éruptions brightiques n'est pas toujours aussi facile à établir qu'on pourrait le croire tout d'abord. En présence d'une affection cutanée chez un malade qui présente des urines albumineuses, on est en droit de se demander si la dermatose elle-même, surtout si elle est étendue, n'est pas la cause première de l'albuminurie. On sait, en effet, que les maladies de la peau peuvent directement retentir sur le rein et provoquer dans cet organe des lésions pathologiques que traduit le passage dans les urines de l'albumine du sang. A la suite des mémorables expériences de Fourcault, dans lesquelles on voit des animaux devenir albuminuriques lôrsque leur tégument externe a été recouvert d'un enduit imperméable, la notion de l'albuminurie consécutive aux altérations de la fonction cutanée, fut admise par tout le monde, bien avant que l'on ne se demandât si, inversement, les lésions rénales pouvaient provoquer des éruptions sur la peau. Lors donc qu'on se trouvera en présence d'un malade atteint à la fois de dermatose étendue et d'albuminurie, on aura à chercher quelle est de l'affection cutanée ou de la lésion rénale, la première qui doit être mise en cause.

Si l'on a affaire à un brightique bien avéré, le diagnos-

tie de l'éruption cutanée elle-même est des plus simples et s'impose pour ainsi dire au médecin. Mais, comme pour chaque maladie cutanée, il ne suffit pas de reconnaître le genre et l'espèce de cette maladie qu'on a sous les yeux : il faut remonter à la cause qui l'a déterminée. Ce n'est pas assez que, chez un sujet atteint de néphrite et n'ayant du reste avant sa maladie aucune affection de la peau, on voit se produire un érythème ou une éruption pustuleuse, pour en conclure immédiatement à l'existence d'une dermatose d'origine rénale. Nous avons vu que chez les malades qui présentent l'ensemble symptomatique du mal de Bright, peuvent éclater diverses manifestations cutanées que l'on ne saurait attribuer qu'à une affection diathésique, dont relève souvent la néphrite elle-même. Tel individu, par exemple, manifestement athritique, présentera dans le cours d'une altération du rein, un eczéma ou une autre affection de la peau. N'est-il pas rationnel d'admettre que cette dermatose est une simple manifestation de la diathèse, plutôt que de la faire dépendre du mal de Bright lui-même ? L'éruption ne reconnaîtra l'origine rénale que lorsqu'on la verra évoluer en même temps que se montreront d'autres phénomènes révélateurs de l'insuffisance urinaire, et qu'en dehors de cette insuffisance, on ne pourra lui attribuer une autre cause. Il faudra, en effet, se souvenir des faits d'intoxication médicamenteuse qui provoquent des éruptions cutanées, et qui sont peut-être plus fréquents chez les brightiques que dans toute autre maladie.

Les accidents qu'on observe du côté de la peau, pour-

ront, dans certains cas, servir au diagnostic de la néphrite, particulièrement de la néphrite interstitielle. C'est ainsi que M. le professeur Dieulafoy a bien montré tout le parti qu'on pouvait tirer du prurit pour dépister un mal de Bright latent. Dans quelques circonstances, les démangeaisons par leur persistance et leur intensité, pourront constituer un véritable signe révélateur de l'altération des reins. Chez un vieillard qui accusera d'emblée ces désordres cutanés, le médecin devra rechercher s'ils ne sont pas un signe précoce de néphrite interstitielle, et souvent, par la constatation d'un bruit de galop, par la céphalée, par la fréquence des mictions et l'abondance des urines, il pourra les rattacher à leur cause véritable et n'aura plus à se contenter du diagnostic vague de prurit sénile.

Le diagnostic d'éruption brightique une fois posé et bien établi, on est en droit de se demander quelle est sa valeur pronostique. Dans le cours de cette étude, nous avons vu que de grandes différences entre les diverses modalités cliniques doivent être établies à cet égard. Le prurit grave et tenace, comme celui qu'a observé Bartels, peut être considéré à l'égal d'un symptôme fâcheux. Le purpura, chez un urémique, est, d'après M. Alb. Mathieu, l'indice d'une terminaison fatale à bref délai. Les autres dermatoses observées accusent simplement l'insuffisance de la dépuration urinaire, et comme tous les phénomènes du même ordre, elles indiquent une situation grave et menaçante ; à l'heure actuelle, il est encore impossible d'évaluer d'une façon absolue la valeur pronostique des roséoles et des érythèmes papu-

leux ou polymorphes qu'on a observés dans le cours des néphrites. Dans les deux cas que nous avons rapportés, l'exanthème n'a pas eu de terminaison funeste ; les roséoles passagères des néphrites aiguës qu'on a décrites en France, appartiennent également à des cas curables. Par contre, les observations d'érythème papuleux urémique de Huet et de Bruzélius nous montrent que ces manifestations cutanées ont toujours accompagné les cas mortels.

Dans quelques circonstances, on doit envisager sous un jour favorable les lésions du tégument externe. L'eczéma fluent, par exemple, peut constituer une sorte d'exutoire grâce auquel s'atténue l'intoxication urémique. M. Lancereaux rapporte le cas d'une femme atteinte de néphrite saturnine et qui souffrait depuis longtemps d'anasarque et d'accidents graves qui faisaient prévoir la mort à bref délai. Or, quelques mois plus tard, cette femme vivait encore, bien plus sa santé s'était considérablement améliorée. Mais il s'était installé à la jambe une vaste ulcération qui suintait abondamment. M. Thibierge résume ainsi une observation analogue de Merklen. Un homme de soixante ans, atteint depuis longtemps de néphrite chronique et d'eczéma généralisé, fut pris de dyspnée urémique, à la suite de l'eczéma et il s'établit à plusieurs reprises un balancement entre l'affection cutanée et les troubles dépendant de la lésion rénale.

La thérapeutique des éruptions d'origine brightique ne saurait guère nous arrêter, car elle ne diffère en rien de celle de l'intoxication urémique, dont ces éruptions ne

sont qu'une forme symptomatique. Le traitement local est lui-même peu important et ne doit être institué qu'avec une certaine prudence. Contre le prurit qui dépend des néphrites, on se trouvera bien des onctions faites avec le glycérolé d'amidon et des lotions antiseptiques.

CONCLUSIONS

I. — Il existe parfois chez les brightiques, surtout au moment où surviennent les accidents de l'urémie, des éruptions cutanées qui paraissent relever exclusivement de l'insuffisance urinaire.

II. — Entre toutes ces éruptions, la roséole ou érythème urémique peut le plus légitimement être attribuée à l'altération du rein. Elle ne comporte pas un pronostic aussi sombre qu'on l'avait cru tout d'abord, sur la foi de Huet et de Bruzélius.

III. — Les éruptions médicamenteuses sont peut-être, en raison même de l'insuffisance fonctionnelle du rein. plus fréquentes dans le mal de Bright que dans toute autre maladie.

IV. — Quand on voit survenir, dans le cours d'une néphrite, une éruption cutanée, on devra s'entourer de toutes les garanties désirables, avant d'affirmer son origine rénale. Le diagnostic sera donc sérieusement discuté, pour éviter de mettre sur le compte de l'insuffisance urinaire une affection de la peau qui peut n'être qu'une coïncidence morbide.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE